

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' DI INCARICO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A
TEMPO INDETERMINATO PUBBLICATI NEL MESE DI GIUGNO 2026**

Alla A.S.P. di PALERMO
U.O.C. Specialistica ambulatoriale Interna ed Esterna
Via La Loggia, 5
90129 PALERMO
PEC: specialisticainternacp.pec@asppa.it

OGGETTO: assegnazione incarico Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali del 05/02/2026 di tre incarichi a tempo indeterminato di n.24 ore/sett. cadauno di specialistica ambulatoriale interna per Psicologi Psicoterapeuti Tecnici del Comportamento (TDC) certificati in Analisi Applicata del Comportamento (Applied Behaviour Analysis)

Il sottoscritto Dott. _____ **PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA**

comunica la propria disponibilità di acquisizione dell'incarico sotto riportato

pubblicazione incarico mese di _____ dell'anno _____

branca specialistica/area professionale Psicologo Psicoterapeuta da svolgersi presso Distretto 42 - Asp Palermo – Presidio Aiuto Materno

Sede: Via Lancia di Brolo 10/bis per il seguente turno: lunedì-martedì-mercoledì-giovedì dalle ore 8.00 alle ore 14.00

e a tal fine ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 28/12/ 2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

1. di essere nato a _____ il _____;
2. di essere residente in Via _____ n. _____ CAP _____
Città _____ (prov. di _____);
3. di aver conseguito la Laurea in _____ presso la Facoltà di _____
_____ dell'Università degli Studi di _____ in data _____;
4. di aver conseguito la Specializzazione in _____ presso la Facoltà di _____
_____ dell'Università degli Studi di _____ in data _____;
5. di essere iscritto all'Albo Professionale dei _____ della Provincia
di _____ dal _____;
6. di essere Tecnico del Comportamento in Analisi Applicata del Comportamento (Applied Behaviour Analysis) con
la seguente certificazione _____

7. di trovarsi in una delle sottoindicate posizioni, previste dell'art. 21, comma 6, dell'A.C.N.:

☐ a) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale (compresi INAIL e SASN) con anzianità di servizio come Specialista ambulatoriale dal _____ (art. 21 comma 6 lett. a);

☐ b) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante (compresi INAIL e SASN) con anzianità di servizio come Specialista ambulatoriale dal _____ (art. 21 comma 6 lett. b);

☐ c) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato di Regione non confinante (compresi INAIL e SASN) **da almeno 18 mesi nell'incarico in atto** (art. 21 comma 9), **che richiede di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità** (art. 21 comma 6 lett. c);

☐ d) specialista ambulatoriale titolare d'incarico nelle branche di _____ e _____, che richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore d'incarico (art. 21 comma 6 lett. d);

☐ e) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nella branca di _____ dal _____, che chiede il passaggio nella branca di _____ (art. 21 comma 6 lett. e);

☐ f) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1 (art. 21 comma 6 lett. f);

☐ g) titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente accordo) dal _____ (art. 21 comma 6 lett. g);

☐ h) iscritto nella graduatoria di cui all'art. 19 dell'ACN valida ai fini dell'assegnazione di incarichi a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 21 dell'ACN (art. 21 comma 6 lett. h);

☐ i) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19; (art. 21 comma 6 lett. i);

☐ j) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale dal _____, **che intende convertire completamente il rapporto di lavoro in corso** (art. 21 comma 6 lett. j);

DICHIARA INOLTRE

8. ☐ di essere disponibile a rinunciare ad eventuali cause ostative al conferimento dell'incarico;

9. ☐ di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 27 dell'ACN 05/02/2026;

10. che i propri recapiti sono i seguenti:

Residente a _____ (prov. di _____) in Via _____

n. _____ CAP _____ Telefono _____ cellulare _____

email _____ PEC (obbligatoria): _____

Eventuale indirizzo diverso dalla residenza presso il quale si vuole ricevere ogni comunicazione:

Dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali forniti con la presente istanza saranno trattati, anche informaticamente, esclusivamente per l'espletamento dell'Avviso di pubblicazione, per le strette finalità espresse nello stesso avviso.

Allega fotocopia del documento di riconoscimento e **cv con dichiarazione sostitutiva di certificazione e l'elenco firmato dei documenti inviati per la relativa valutazione.**

DATA: ____

Firma (per esteso)

